

GUÍA DE PRÁCTICA



GUÍA PARA REALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN CIRUGÍA ORAL DIRIGIDA A ESTUDIANTES

Nicolay Neiza-Rodríguez
Universidad Cooperativa de Colombia
Sede Bogotá

Apropiación social del conocimiento
Generación de contenidos impresos
<http://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7375>
N.º 12, julio de 2020
doi: <https://doi.org/10.16925/gcgp.24>

NOTA LEGAL

El presente documento de trabajo ha sido incluido dentro de nuestro repositorio institucional como Apropiación social de conocimiento por solicitud del autor, con fines informativos, educativos o académicos. Asimismo, los argumentos, datos y análisis incluidos en el texto son responsabilidad absoluta del autor y no representan la opinión del Fondo Editorial o de la Universidad.

DISCLAIMER

This coursework paper has been uploaded to our institutional repository as Social Appropriation of Knowledge due to the request of the author. This document should be used for informational, educational or academic purposes only. Arguments, data and analysis included in this document represent authors' opinion not the Press or the University.



GUÍA DE PRÁCTICA



**GUÍA PARA
REALIZACIÓN DE
PROTOCOLOS EN
CIRUGÍA ORAL DIRIGIDA
A ESTUDIANTES**

Nicolay Neiza-Rodríguez

ACERCA DEL AUTOR

Nicolay Neiza-Rodríguez, cirujano oral, profesor titular de la Clínica de Cirugía Oral en pregrado, Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá, Colombia.

Correo electrónico:

nicolay.neizar@campusucc.edu.co

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Neiza-Rodríguez N. *Guía para realización de protocolos en cirugía oral dirigida a estudiantes*. (Generación de contenidos impresos, N.º 12). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia, 2020. doi: <https://doi.org/10.16925/gcgp.24>

Este documento puede ser consultado, descargado o reproducido desde nuestro repositorio institucional (<http://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7369>) para uso de sus contenidos, bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
Propósito de la práctica	6
Recomendaciones prácticas sobre la guía	6
MARCO TEÓRICO	6
OBJETIVO GENERAL	8
Objetivos específicos	8
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA	8
REFERENCIAS	15

12 GUÍA PARA REALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN CIRUGÍA ORAL DIRIGIDA A ESTUDIANTES

Nicolay Neiza-Rodríguez

Resumen

La cirugía oral es uno de los pilares de la odontología y está orientado al estudio, la prevención, el diagnóstico y a realizar procedimientos quirúrgicos en la cavidad oral y las zonas circundantes. Algunos de los procedimientos más comunes en cirugía oral son las extracciones dentales, la remoción de tejidos patológicos o cuerpos extraños, el manejo del dolor, el tratamiento de infecciones y el diagnóstico y tratamiento del trauma dentoalveolar. La presente guía tiene como propósito afianzar el conocimiento adquirido, a través del seguimiento de protocolos quirúrgicos que involucren una correcta planeación del procedimiento a realizar, todo esto con base en los procesos fisiológicos, además del conocimiento y el manejo de las complicaciones mediatas e inmediatas.

Palabras clave: asepsia y antisepsia, complicaciones mediatas e inmediatas, exodoncias, fractura.



INTRODUCCIÓN

En odontología, el procedimiento quirúrgico más invasivo es la exodoncia. Es uno de los tratamientos que se realiza con mayor frecuencia en las instituciones privadas y públicas, en los consultorios particulares y en las clínicas odontológicas de la Universidad Cooperativa de Colombia.

En la Facultad de Odontología, se siguen protocolos para un amplio número de procedimientos que suelen ser muy específicos, detallados e individualizados, y enfocados a cada paciente, y planean paso a paso el proceso que se va a realizar previendo sus posibles complicaciones y su manejo.

PROPÓSITO DE LA PRÁCTICA

El propósito de esta guía es orientar al estudiante de odontología para realizar protocolos acertados e indicados para los procedimientos de exodoncias, en el pregrado de Odontología, a fin de afianzar conceptos teóricos ya vistos relacionados con cirugía oral, como bioseguridad, anestesia y farmacología, entre otros, y adquirir la habilidad en toma de decisiones y manejo de complicaciones comunes en cirugía oral para ofrecer seguridad en el momento en que sucedan.

Durante el desarrollo de esta guía, se ampliará la concepción de las técnicas para realizar asepsia y antisepsia de una manera más clara y precisa. Se proporcionan elementos que les permitan a los estudiantes realizar un protocolo de cirugía puntual y realista para el procedimiento que va a seguir. Este tema es indispensable para el desarrollo de competencias relacionadas con la formación clínica del profesional de odontología.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS SOBRE LA GUÍA

La “Guía para realizar protocolos en cirugía oral dirigida a estudiantes” está dirigida a los alumnos de Clínicas de Cirugía I, II y III, y de Urgencias de la Facultad de Odontología. Se recomienda la revisión previa de cada uno de los puntos enunciados, incluyendo el propósito y los objetivos propuestos, ya que así se conocerá el alcance de la guía y se facilitará su desarrollo. Además, es importante tener claros los conocimientos teóricos de la anatomía y la fisiología del sistema estomatognático, pues esto llevará a un adecuado desarrollo y al afianzamiento de conceptos estudiados para seguir cada uno de los pasos como se ha establecido, lo cual facilitará la comprensión lógica de los conceptos aprendidos y que se relacionan con los principios quirúrgicos.

MARCO TEÓRICO

Uno de los tratamientos efectuados con cierta regularidad en los pacientes son las exodoncias y hay diversas formas de realizarlas, con el fin de remover el diente de su alveolo. Este procedimiento debe ser considerado como último recurso y es parte esencial para el buen funcionamiento del sistema estomatognático: como la masticación, deglución, nutrición, fonación y convivencia social.

A pesar de los avances tecnológicos, las técnicas y los protocolos basados en la prevención, los tratamientos para rehabilitar y mantener las piezas dentales suelen tener precios elevados, y por esta razón la exodoncia es el tratamiento más económico y el más indicado para aliviar afecciones producidas por las patologías dentales.



Alveolitis: es el resultado del proceso inflamatorio del alveolo posterior a la extracción dental. Se da por la pérdida del coágulo sanguíneo que deja expuestas las paredes del alveolo con sus terminaciones nerviosas, lo cual causa un intenso dolor que se irradia y lo expone a una infección bacteriana.

Anestésicos locales: son medicamentos diseñados para bloquear de manera reversible la conducción nerviosa. Son utilizados para suprimir o bloquear los impulsos nerviosos [1].

Asepsia: método o procedimiento para disminuir o eliminar los microorganismos en superficies inertes.

Antisepsia: método o procedimiento para disminuir la carga de microorganismos sobre los tejidos que se van a manipular.

Comunicación oroantral o bucosinusal: es una complicación no muy común luego de la extracción de los premolares y/o molares del maxilar superior, dada la cercanía del piso de seno maxilar y las raíces de estos dientes.

Consentimiento informado: “Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de un paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica” [2].

Equimosis: es la extravasación de sangre en el tejido subcutáneo o submucoso. Esta extravasación se manifiesta como una mancha de color rojo violáceo y a medida que evoluciona cambia su color a azul, verde y amarillo, hasta que desaparece. Se puede producir por diversos tipos de traumatismos o puede estar relacionada con ciertas enfermedades que provocan fragilidad de las paredes vasculares [3].

Exodoncia: es el acto quirúrgico por el cual se extrae el diente de su alveolo. Es un procedimiento que exige una técnica muy meticulosa, ya que con frecuencia se producen accidentes

y complicaciones mediatas e inmediatas con diferentes grados de complejidad. Existen dos tipos de técnicas para realizar exodoncias: el método abierto y el método cerrado; este último implica realizar colgajos y/o una osteotomía de la cortical ósea interna o externa del alveolo.

Fractura de la tuberosidad: es la pérdida de continuidad de la tuberosidad del hueso maxilar superior. Puede suceder en pacientes con neumatización de los senos maxilares, dientes anquilosados. En ocasiones, puede acompañarse con comunicación orosinusal [4].

Fractura mandibular: es una de las complicaciones menos frecuentes pero más complicadas durante la extracción dental. Consiste en la pérdida de la continuidad de la sustancia ósea en el hueso maxilar inferior por exceder la fuerza en puntos de apoyo inadecuados [4].

Fracturas radiculares: la fractura radicular se puede definir como la pérdida de continuidad dentaria involucrando dentina, cemento, pulpa y/o tejido óseo, Es una de las complicaciones más comunes asociadas a las extracciones dentales.

Hemorragia intraoperatoria: suele ocurrir una ruptura de vasos sanguíneos, ya sean de mayor o menor calibre, durante el procedimiento quirúrgico.

Luxación mandibular: sucede cuando el cóndilo de la mandíbula sobrepasa el cóndilo del temporal, esto genera un bloqueo mandibular y por consiguiente la boca queda abierta. Puede ocurrir al aplicar una fuerza excesiva o mantener la boca abierta durante tiempo prolongado al realizar la exodoncia o por presentar una patología de la ATM por excesiva laxitud de los ligamentos u otros motivos.

Sindesmotomía: el fin de esta maniobra es romper y desprender las inserciones gingivales del diente.



OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos para que los estudiantes de Odontología que realizan prácticas en la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia tengan las herramientas necesarias para realizar los protocolos y puedan tomar decisiones acertadas en el manejo terapéutico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el protocolo indicado para el paciente que va a atender.
- Diseñar el protocolo indicado para el procedimiento que se va a realizar.
- Identificar las complicaciones y el manejo relacionados con las extracciones dentales.
- Definir las indicaciones posextracción más comunes.
- Aplicar los conocimientos y afianzar los conceptos vistos en farmacología, cirugía oral, control de dolor y bioseguridad.
- Identificar y establecer los diferentes pasos para realizar una extracción dental.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA

A continuación, encontrará cada uno de los pasos de esta práctica, que pueden ser de ayuda para realizar el procedimiento; estos se mencionan en cada uno de los puntos facilitando su identificación. Tenga en cuenta que dispondrá de diferentes opciones para su elección según sea el caso clínico a intervenir:

1. Determine las indicaciones para realizar la extracción dental:
 - 1.1 Técnica extracción método abierto: se recomienda en dientes incluidos o semincluidos terceros molares. Con

limitación en espacio para su erupción permitir su erupción o cuando se complica, exodoncia método cerrado con algún tipo de fractura.

- 1.2 Técnica extracción método cerrado: se recomienda por indicación ortodoncia, endodóntica caries extensa o radicular, enfermedad periodontal, trauma dentoalveolar, restos radiculares.

2. Compruebe los requisitos para poder realizar el procedimiento:

- 2.1 Condiciones sanitarias e higiénicas del consultorio.

- 2.2 Tensiómetro y fonendoscopio

- 2.3 Iluminación ambiental y de la unidad.

- 2.4 Agua, aire y succión de la unidad odontológica (con su respectiva hoja de vida).

- 2.5 Instrumental.

- Instrumental básico
- Bolsa grande
- Mango de bisturí # 3
- Periostótomo
- Separador (Minnesota y Seldin 23)
- Pinzas adson con y sin garra
- Pinzas kelly curva y recta
- Portaagujas
- Tijera para tejidos
- Tijera para sutura
- Cánula de succión
- Jeringa cárpula
- Gubia
- Cureta de Lucas
- Lima de hueso
- Elevadores rectos (tres en total)
- Elevadores angulados izquierdo y derecho



- Elevadores bandera izquierdo y derecho
- Elevadores apicales 3
- Fórceps 150, 151, 16 (o Cuerno de Vaca), 69
- Fresas quirúrgicas de baja velocidad y tallo largo
- Fresas zekrya
- Pieza de baja velocidad con punta recta y pieza de alta velocidad

2.6 Materiales e insumos (con fechas de vencimiento y semaforización):

- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Agujas largas o cortas según la técnica a utilizar
- Cartuchos de anestesia según el tipo de procedimiento y paciente
- Campos estériles, batas, gorros y tapabocas
- Sutura
- Esponjas de gelatam
- Hoja de bisturí (según técnica y zona) para mango n° 5
- Yodopovidona
- Clorexidina 0,12%
- Suero fisiológico
- Eyector
- Jeringas hipodérmicas

2.7 Técnica operatoria

- Ubicación del paciente en la unidad
- Diligenciamiento y firma de consentimiento informado aclarando dudas al paciente y/o acudiente e informando el tratamiento a realizar y sus posibles complicaciones (individualizarlas

según el estado de salud del paciente, diente a extraer y técnica a utilizar).

- Asepsia
- Antisepsia
- Anestesia: hay que tener en cuenta antecedentes sistémicos, tiempo estimado del procedimiento, dosis máxima del anestésico y del vasoconstrictor (si lo requiere), y técnica indicada (infiltrativa y/o troncular).

2.7.1 Técnica método cerrado:

- Sin desmotomía: teniendo clara la definición, en este punto se describirá la forma como se utiliza el instrumento y las superficies por donde se realizará la sindesmotomía, ya que el diente puede tener o no dientes contiguos que permitirán o no el procedimiento en distal o mesial (pase al punto de uso de elevadores y fórceps).

2.7.2 Técnica método abierto

- Colgajo: la finalidad es proporcionar visión operatoria, mayor accesibilidad, protección a estructuras anatómicas contiguas y disminución del riesgo de complicaciones (defina cuáles pues son distintas según la zona). Para diseñar el colgajo, inicie describiendo si es de espesor total o parcial y qué capas de tejido involucra, la incisión inicial y luego las relajantes si amerita, la extensión de las incisiones evaluando siempre las estructuras cercanas.
- Decolamiento del colgajo: este se describe desde el punto en que inicia y finaliza la forma como se toma el instrumento, y el punto de apoyo y la parte activa que realiza la decolación.



- Odontosección: esto se realizará con fresas de carburo de tallo largo para pieza de baja velocidad con irrigación o con fresa zekrya para pieza de alta velocidad. Es imprescindible conocer la anatomía radicular del diente, puesto que esta dictamina el diseño de la odontosección (describa la cara del diente por donde iniciará el procedimiento, dónde finalizara y el resultado que espera obtener).
- Osteotomía u ostectomía: describa con qué la va a realizar, sitio de inicio y fin, caras y profundidad de la osteotomía.

2.8 Tiempos de los instrumentos

- Tiempos del elevador: aplicación (colocación de parte activa entre el diente a extraer y el hueso), luxación (se realiza un movimiento giro a 45 grados) y la avulsión (realizando un movimiento de elevación y descenso para dientes inferiores o de descenso y elevación para dientes superiores).
 - Tiempos de los fórceps: aprehensión (es la colocación de la parte activa en el cuello del diente), luxación (se logra con movimientos de lateralidad vestibulo lingual en superiores y vestibulo lingual en inferiores), tracción (se logra con movimientos controlados para desarticular el diente de su alveolo).
 - Aclaración: para cada grupo de dientes, se utiliza un fórceps que se ajusta a la anatomía específica y a la ergonomía precisa para mantener el control total de los movimientos. Al utilizar elevadores, también es necesario tener un punto de apoyo del instrumento ayudado por la ubicación de la mano menos hábil del operador; esta cumple con la función de separar estructuras y proteger durante el acto quirúrgico, lo cual disminuye el riesgo de accidentes.
- Inspección visual de la integridad de alveolo, diente y tejido blando: si se observa algún fragmento radicular, se intentará realizar la extracción por vía alveolar; si no se logra, se iniciará con la técnica método abierto, y se ayudará con gasas, suero fisiológico, toma de radiografía si lo requiere inmediatamente.
 - Curetaje con cureta de Lucas: por todas las superficies del alveolo de apical a crestal para retirar tejido de granulación, quistes, restos de ligamento periodontal o fragmentos dentarios, entre otros (esto varía según la patología dentaria por la cual se extrae el diente). En este paso, usted puede irrigar simultáneamente con suero fisiológico.
 - Verificación de la estabilidad del coágulo: describa las características visuales del coágulo y justificar para qué es importante evaluar este punto.
 - Sutura: describa el tipo de sutura, la función, el tipo de material, el tipo de punto, además de la forma como la realizará y el instrumental que requiere.
 - Colocación de una gasa húmeda en suero fisiológico en la zona de la extracción (justifique el motivo para realizar este procedimiento y el tiempo aproximado para mantener la gasa en boca).
 - Limpieza de la cavidad oral con suero fisiológico y de la zona peribucal con una gasa embebida en el suero fisiológico.
 - Reposición paulatina del paciente (defina cómo la debe realizar y los signos que nos llevarían a reincorporarlo totalmente o no).



- Toma de signos vitales (aclarar por qué es importante esta toma).
 - Radiografía de control: puede ser radiografía periapical o enviar orden panorámica si el caso lo amerita.
 - Indicaciones posquirúrgicas: siempre que finalice la exodoncia se deben indicar las siguientes medidas:
 - Morder una gasa estéril durante 30 a 40 minutos.
 - Mantener la cabeza elevada a 45°, apoye la cabeza sobre dos almohadas, evitando acostarse boca arriba o boca abajo.
 - No realizar ningún esfuerzo físico durante las primeras 24 horas. No realizar buches, no escupir.
 - Colocar compresas frías las primeras 24 horas alternando en periodos cortos de tiempo en la zona indicada.
 - No hacer aspiraciones bruscas de aire como fumar o succionar durante las siguientes 72 horas.
 - No automedicarse con ácido salicílico (aspirina).
 - Ingerir alimentos blandos los dos primeros días.
 - Realizar la higiene bucal normal.
 - Prohibir la ingesta de alimentos con pitillos, ya que podría desalojar el coágulo.
 - No consumir bebidas alcohólicas.
 - Consultar al odontólogo al evidenciar signos de alarma como:
 - Hemorragia (sangrado profuso).
 - Inflamación (hinchazón de la cara).
 - Dolor que no mejora con la medicación, rubor, calor, tumefacción o signos de infección o retardo de la cicatrización de la herida.
 - Medicación: para prescribir los medicamentos, hay que tener en cuenta las indicaciones de terapia antibiótica definidos por el protocolo establecido [5].
 - Para los analgésicos y antiinflamatorios, evalúe el umbral del dolor teniendo en cuenta que es diferente para cada paciente y el tiempo operatorio. El uso de colutorios varía según el paciente, pero es recomendable iniciarlos luego del tercer día o antes si lo requiere con las precauciones pertinentes para evitar el desalojo del coágulo. Si decide indicar gel coadyuvante a la cicatrización, debe realizar la prescripción con la misma rigurosidad [6].
 - Al retirarse el paciente, evalúe sus tres esferas: persona, tiempo y espacio (especifique cómo las evalúa y porque). En caso de no cumplir con estos parámetros, defina qué haría en esta situación.
- 2.9 Accidentes, urgencias y complicaciones:
- 1 Sincope o lipotimia: ocurre con cierta frecuencia durante la administración de anestesia local. En pacientes que presentan ansiedad a los procedimientos, temor al odontólogo o a las agujas, aplique medidas de psicoterapia para manejo de la ansiedad, con técnicas de relajación para su manejo y si es el caso, ofrezca alternativas como inhalar sustancias aromáticas como alcohol. Monitoree



tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria, y en caso de que se evidencie disminución considerable, comuníquese a la línea de emergencia o traslade al paciente a una central de urgencias. Si es el caso, realice maniobra de Trendelenburg.

2.10 Desgarro de la mucosa: puede ocurrir tras la realización incorrecta de la sindesmotomía o mala ubicación del fórceps. En estos casos, el tratamiento sería realizar la sutura.

2.11 Fractura diente durante la extracción: tenga en cuenta valorar clínicamente y radiográficamente la probabilidad de que ocurra esta complicación y recuerde que existen factores que aumentan el riesgo [4]:

- Dientes con previo tratamiento endodóntico
- Dientes con destrucción coronal no rehabilitable
- Dientes con raíces dilaceradas, convergentes o divergentes
- Fuerzas excesivas y mal aplicadas
- Anquilosis
- Deficiencia en la calidad o análisis radiográfico
- Gran densidad ósea
- Caries extensas
- Deficiente calidad del instrumental
- Hiper cementosis

Para el manejo de una fractura radicular, se debe realizar:

- Inspección de la porción del diente extraído.
- Toma de ayudas diagnósticas como radiografías.

- Si es posible, se debe intentar hacer la exodoncia de este resto radicular por vía alveolar inicialmente y/o con técnica método abierto.
- De no ser posible en la misma cita, se programará la extracción del fragmento fracturado en otra cita.

2.12 Fractura de instrumentos: es de las complicaciones poco frecuentes. Se puede presentar la fractura de las fresas o del instrumental. Esto puede ser debido a que el instrumento presentó fatiga al estar en mal estado o al aplicar una fuerza excesiva, o por instrumentos demasiado delgados como algunos elevadores. En la misma cita, se debe extraer el fragmento de instrumental que habitualmente ese encuentra en el alveolo o en los tejidos adyacentes. Si no es posible realizar su extracción, se debe programar una nueva intervención previa realización de exámenes complementarios como radiografía y/o tomografía.

2.13 Fractura de la tuberosidad que puede ocurrir por:

- Dilaceración radicular no detectada con las ayudas diagnósticas
- Hiper cementosis no detectada con las ayudas diagnósticas
- Anquilosis
- Tuberosidad del maxilar con predominio de hueso esponjoso y/o cortical delgado y frágil
- Fuerzas o movimientos mal aplicados con fórceps o elevadores

Se retira el segmento fracturado con los molares involucrados y si se evidencia la comunicación orosinusal, realizar el cierre en la misma cita.



2.14 Comunicación oroantral u orosinusal:

Se diagnostica al presentarse epistaxis en la narina del lado de la extracción. Se debe realizar maniobra de Valsalva con el fin de corroborar su diagnóstico al observarse burbujeo de sangre en el alveolo. Es muy difícil de determinar clínicamente la extensión de la comunicación; si es posible, realizar el cierre quirúrgico inmediatamente dentro de las primeras 24 a 48 horas, debido a que se minimiza el riesgo de sinusitis maxilar y formación de fístulas orosinusales.

El cierre quirúrgico se realiza con el desplazamiento de un colgajo mucoperiostico vestibular y/o con el uso de membranas de colágeno [5]:

- Realizar un lavado profuso del alveolo y succionar en el fondo del alveolo en busca de posibles fragmentos y restos radiculares o espículas óseas.
- Evaluar radiográficamente la presencia de fragmentos dentales en el fondo alveolar o en la luz del seno maxilar.
- Tratamiento antibiótico: primera elección amoxicilina 500 mg V.O. cada ocho horas por siete días. Segunda elección clindamicina 300 mg V.O. cada ocho horas por tres días. Tercera elección azitromicina 500 mg, V.O. cada 24 horas por tres días [5].
- Recomendar el lavado con solución salina con jeringa (sin aguja) por la fosa nasal del lado afectado, tres o cuatro veces al día.
- Ordenar el uso de antihistamínicos y anti-gripales convencionales.

2.15 Desplazamiento de dientes a espacios profundos [5]:

La prevención y el manejo de dientes desplazados a espacios requieren de una planificación adecuada del

procedimiento. La planeación y el conocimiento son imprescindibles para la prevención. Algunas de las medidas que se deben tomar son las siguientes:

- Colgajos para lograr un acceso quirúrgico adecuado.
- Realizar la suficiente decolación para lograr una adecuada visualización del campo.
- Control adecuado y consciente de las fuerzas de aplicación (luxación o aprehensión).
- Colocar una gasa abierta en la zona del istmo de las fauces para evitar el paso a la faringe en el momento de la avulsión.
- No usar el fórceps en dientes o raíces si no hay suficiente superficie que permita una adecuada aprehensión bajo visión directa.

En cuanto al tratamiento, se debe tener claridad de los espacios que presentan cercanía con el diente a extraer [5]:

- Si el diente o el resto radicular no se puede visualizar, mejore las condiciones de visibilidad con los de separadores de Minnesota o Seldin, y ayúdese con luz y succión.
- Procurar aprehender el diente o fragmento con una pinza Kelly curva.
- Si es posible, tome radiografías de la zona para ubicar espacialmente la posición del diente.
- Informar al paciente acerca de la situación y las posibles complicaciones. Explíquese que el diente desplazado debe ser removido en una segunda cita o tiempo quirúrgico según lo disponga el profesor.



Manejo farmacológico: es imprescindible ya sea que se extraiga en la misma cita o después.

2.16 Luxación mandibular descripción clínica:

En esta situación, el cóndilo de la mandíbula sobrepasa el tubérculo del temporal, queda ubicado por delante de este, y queda el paciente con la boca abierta. Se debe evitar el cierre brusco o forzado, debido a que puede generar espasmos de los músculos masetero, temporal y/o pterigoideos y agravar la dislocación. Se debe descender la mandíbula y no generar mayor apertura para que el cóndilo de la mandíbula regrese atrás de la eminencia del temporal [4].

Reducir la luxación: la maniobra utilizada consiste en colocar al operador por delante del paciente, con la silla en posición sentado, apoyando bimanualmente los dedos pulgares sobre las líneas oblicuas externas y con los restantes bajo el borde inferior de la mandíbula. A continuación, se presiona con los dedos pulgares hacia abajo y hacia atrás, llevando la mandíbula a su posición. Lo anterior se puede manejar si la luxación ocurrió recientemente. Si no, la espasticidad de los músculos y ligamentos hará imposible esta maniobra y se requerirá una relajación controlada con medicamentos para lograr la reducción.

A continuación, se debe realizar la valoración y decidir si se continúa el procedimiento, si se cancela o si existe la posibilidad de finalizar el procedimiento quirúrgico para no generar nuevamente una luxación.

Medios físicos: recomendar la aplicación de medidas locales tendientes

a controlar la inflamación articular. Hielo durante las primeras 24 horas, seguido de calor húmedo (paños calientes), con incremento de la movilidad mandibular.

2.17 Hemorragia posoperatoria:

En este caso, lo que veremos con relativa frecuencia son alveolorragias, producidas en su mayoría por ruptura del coágulo del alveolo, y el sangrado pulsátil, que puede producirse después de ser extraído el diente del alveolo o bien durante el periodo posoperatorio inmediato. Cuando existen alteraciones en el proceso de hemostasia, se pueden presentar hemorragias varias horas e incluso días después de realizada la extracción [7].

Un completo diligenciamiento de la historia clínica nos va a ayudar a prevenir algunas de estas complicaciones, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Los pacientes que presentan alteraciones de la coagulación, por déficit de factores de la coagulación detectados con anterioridad. Pacientes medicados con anticoagulantes (heparina, Warfarina o con antiagregantes plaquetarios como el ácido salicílico). En estos casos, se recomienda realizar una remisión al médico tratante para establecer cuál protocolo a seguir con el paciente antes de realizar la exodoncia [7].
- El paciente que refiera episodios hemorrágicos se deberá realizar un estudio completo solicitando: cuadro hemático, tiempo parcial de tromboplastina (TPT), tiempo de protrombina (TP), INR, tiempo de sangría y recuento plaquetario [7].



2.18 Alveolitis:

El diagnóstico es netamente clínico. Los signos y síntomas son: dolor constante que no mejora con analgésicos y se irradia, halitosis y ausencia del coágulo en el alveolo. En ocasiones, adenitis regional.

Tratamiento:

- Irrigar el alveolo con suero fisiológico a chorro.
- Remover y eliminar el coágulo en degeneración.
- No realizar el curetaje de las paredes del alveolo, este punto se sigue debatiendo.
- Realizar el procedimiento al segundo día si la sintomatología continúa.
- No utilizar anestésicos y en caso de anesthesiarse, no usar vasoconstrictor.
- Control diario.
- Formular terapia analgésica, antibiótica y antiinflamatoria.
- Recomendar dieta blanda.
- No hacer enjuagues.

REFERENCIAS

- [1] Malamed SF. Manual de anestesia local. Barcelona: Elsevier; 2013.
- [2] Ministerio de la Protección Social. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2014. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>
- [3] Gay Escoda C. Tratado de cirugía bucal. Madrid: Ergon S.A.; 1999.
- [4] Lars A. Tratado de cirugía oral y maxilofacial y prótesis para tejidos. Londres: Amolca; 2015.
- [5] Secretaría Distrital de Salud. Uso prudente de antibióticos en instituciones prestadoras de servicios de salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008. Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/sites/VigilanciaSaludPublica/SiteCollectionDocuments/Guia%20uso%20Prudente%20de%20Antibióticos%20en%20Instituciones%20Prestadoras%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- [6] Superintendencia de Salud. Siete cosas que debe saber sobre una fórmula médica; 2017. Disponible en <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/7-cosas-que-debe-saber-sobre-una-formula-medica>
- [7] Chapasco M. Tácticas y técnicas en cirugía oral. Milán: Amolca; 2015.

